



# ความชุกของโรคทางจิตเวชและลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบดี

วิษวัต สำราญกิจดำรงค์ พบ.\*, พิชัย อิมวุฒิสกุล พบ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวช และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบดี

**วิธีการ** ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบดี ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2552 ถึง 31 มิถุนายน 2555

**ผลการศึกษา** จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วย 576 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 825 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีอายุระหว่าง 18-60 ปี (ร้อยละ 77.0) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) และถูกส่งต่อมาจากแผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 50.8) ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลที่พบบ่อยคือ ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 40.5) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง (ร้อยละ 37.3) ความชุกของโรคที่พบบ่อยสองอันดับแรกคือโรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal, และ delusional disorders (ร้อยละ 30.8) และกลุ่ม mood disorders (ร้อยละ 29.8) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (ค่ามัธยฐาน)  $14.9 \pm 15.1$  (11) วันและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของแต่ละกลุ่มโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.001$ ) อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 3 และพบมากที่สุดในกลุ่ม mood disorders (ร้อยละ 1.2)

**สรุป** ความชุกของโรคที่พบบ่อยคือโรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal และ delusional disorder และกลุ่ม mood disorders โดยแต่ละโรคมีความแตกต่างของจำนวนวันนอน และโรคที่มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงที่สุด คือโรคในกลุ่ม mood disorders ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

**คำสำคัญ** โรคทางจิตเวช ความชุก ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบดี

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 433-442

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



# Prevalence of Mental Disorders and Characteristics of Psychiatric Patient in Inpatient Unit in Ramathibodi Hospital

Wisuwat Samrankitdamrong M.D.\*, Pichai Ittasakul M.D.\*

## ABSTRACT

**Objective :** To study the prevalence and clinical characteristics of mental disorders among the patients who were admitted in the inpatient psychiatric ward, Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital

**Methods :** The author conducted the 3-year retrospective descriptive study by reviewed and collected the data from chart of the patients who were admitted in the psychiatric ward, Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital during 1 July 2009 to 30 June 2012.

**Results :** The data of 576 patients, who were admitted in the psychiatric ward, were reviewed. Total number of admission was 825 times. We found that most patients were aged 18-60 years (77.0%), female (55.7%), and admitted from outpatient unit (50.8%). Two most common indications for admission is symptoms do not improved with treatments as outpatient (40.5%) and risk to harm to themselves (37.3 %). The common prevalence of the disease is in two groups, schizophrenia, schizotypal, and delusional disorder (30.8 %) and mood disorders (29.8 %), respectively. Average length of hospital stay (median) was  $14.9 \pm 15.1$  (11) days, and significantly different in each group of diseases ( $p=0.001$ ). Rate of readmission during the study was 3% and common in mood disorders (1.2%).

**Conclusions :** The prevalence of the disease was often founded in groups. schizophrenia, schizotypal and delusional disorder and mood disorders, each disease was different in the length of stay. And the highest readmission rate was mood disorders. Future studies require more information about factors associated with length of hospital stay and readmission rate.

**Keywords :** mental disorder, prevalence, inpatient, Ramathibodi hospital

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(4): 433-442

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

## บทนำ

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชนอกจากการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วการรักษาแบบผู้ป่วยในก็มีความสำคัญในหลายกรณี เช่น เพื่อสืบค้นการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ปรับยาให้เหมาะสม เฝ้าระวังหรือรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัว ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม รวมถึงการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล และครอบครัว จากการพบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบว่า การศึกษาในประเทศไทยเรื่องความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย และศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น ทหารที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคติดยา โรคจิตเภท และโรคอารมณ์สองขั้ว<sup>1</sup> และพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์พบว่าโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคในกลุ่มวิตกกังวล โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ<sup>2</sup> ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิตด้วยสาเหตุจากโรคทางกายมากกว่าโรคจิตเวชโดยตรง<sup>3</sup>

สำหรับภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หอผู้ป่วยจิตเวชได้เปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิ และใช้เป็นสถานที่สำหรับการเรียนการสอน นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล แพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไปและจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 19 เตียง แบ่งเป็นชาย 9 เตียง หญิง 10 เตียง มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาประมาณ 250-300 รายต่อปี และอัตราการครองเตียงประมาณร้อยละ 92-94 โดยในแต่ละเดือนจะมีจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย 1 คน และแพทย์ประจำบ้าน 3-5 คน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

เนื่องจากความแตกต่างของประชากรและบริบท เช่น ระบบการบริหารจัดการ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ที่มาของผู้ป่วย เป็นต้น ความเข้าใจข้อมูลทาง

ระบาดวิทยาดังกล่าว จะช่วยให้สถาบันสามารถบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และวางแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการและการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสม คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของโรคและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลรามาธิบดี

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาคู่ย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ถึง 30 มิถุนายน 2555 เพื่อศึกษาความชุกของโรคและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีตามหนังสือเลขที่ 2556/77 เลขที่โครงการ/รหัส ID01-56-77 โดยเก็บข้อมูลต่อไปนี้เป็น ข้อมูลทั่วไป (demographic data) ข้อมูลที่ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ที่มาของผู้ป่วย (เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หรือถูกส่งต่อมาจากที่อื่น) การวินิจฉัยโรคตาม International Classification of Disease-10 (ICD-10) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (หมายถึง การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภายใน 28 วันหลังจากที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ตัวแปรชนิดต่อเนื่อง (continuous variable) จะเปรียบเทียบโดยใช้ unpaired t-test และตัวแปรที่มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ จะเปรียบเทียบโดยใช้ non-parametric test (Kruskal-Wallis test, Wilcoxon sign rank และ Mann-Whitney U tests) ตัวแปรชนิด categorical เปรียบเทียบโดยใช้ chi-square และ Fisher's exact test จะถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อค่า  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยจำนวน 658 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จิตเวช ซึ่งผู้วิจัยสามารถสืบค้นและทบทวนข้อมูลได้จำนวน 576 ราย (ร้อยละ 87.5) และอีก 82 ราย (ร้อยละ 12.5) ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลได้เนื่องจากติดตามเวชระเบียนของผู้ป่วยไม่พบ

## ข้อมูลทั่วไปและที่มาของผู้ป่วย

จากการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วย 576 ราย มีจำนวนการนอนโรงพยาบาล 825 ครั้ง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยถูกส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยนอก 419 ครั้ง (ร้อยละ 50.8) แผนกฉุกเฉิน 326 ครั้ง (ร้อยละ 39.5) และรับย้ายจากแผนกอื่นภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลอื่น 80 ครั้ง (ร้อยละ 9.7)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 576 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศหญิง</b>	321 (55.7)
<b>อายุเฉลี่ย (ปี)</b>	39.0±17.3
ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี	89 (10.8)
ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-60 ปี	635 (77.0)
ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี	101 (12.2)
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	326 (56.6)
สมรส	167 (29.0)
หย่าร้าง	53 (9.2)
คู่สมรสเสียชีวิต	30 (5.2)
<b>สัญชาติไทย</b>	563 (97.7)
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	547 (95.0)
คริสต์	17 (3.0)
อิสลาม	8 (1.4)
ไม่ทราบ	4 (0.7)
<b>อาชีพ</b>	
ว่างงาน	226 (41.2)
นักเรียน/นักศึกษา	99 (18.1)
มีอาชีพประจำ	223 (7.7)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9 (1.6)
ประถมศึกษา	85 (14.8)
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	145 (25.2)
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	225 (39.1)
ไม่ระบุ	112 (19.4)
<b>สิทธิ์การรักษา</b>	
ชำระเงินเอง	239 (41.5)
ประกันสุขภาพโรงพยาบาลรามาริบัติ	33 (5.7)
ประกันสุขภาพโรงพยาบาลอื่น	118 (20.5)
ประกันสังคมโรงพยาบาลรามาริบัติ	17 (3.0)
ประกันสังคมโรงพยาบาลอื่น	10 (1.7)
ข้าราชการ หรือเบิกต้นสังกัด	157 (27.3)

**ข้อบ่งชี้ของการรับไว้ในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค**

**ข้อบ่งชี้**

ในการรับผู้ป่วย 825 ครั้ง พบว่า ข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดคือ รักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วอาการไม่ดีขึ้น 334 ครั้ง (ร้อยละ 40.5) รองลงมาคือ มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง (เช่น การฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง หรือถูกผู้อื่นทำร้าย) 308 ครั้ง (ร้อยละ 37.3) ญาติดูแลไม่ไหว 233 ครั้ง (ร้อยละ 28.2) มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้อื่น (เช่น มีอาการโรคจิต หงุดหงิดก้าวร้าว หรือเคยทำร้ายผู้อื่นมาก่อน) 83 ครั้ง (ร้อยละ 10.1) เพื่อประเมินและให้การวินิจฉัย 66 ครั้ง (ร้อยละ 8) เกิดผลไม่พึงประสงค์หรือภาวะเป็นพิษจากยา 16 ครั้ง (ร้อยละ 1.9) และรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบต่อเนื่อง (maintenance

electroconvulsive therapy) 15 ครั้ง (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ

**การวินิจฉัยโรค**

ในการรับผู้ป่วย 825 ครั้ง พบว่าการวินิจฉัยโรคหลัก (principal diagnosis) จำแนกตาม ICD-10 ประมาณหนึ่งในสาม (254 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.8) เป็นโรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal และ delusional disorders (F20-F29) และหนึ่งในสาม (246 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.8) เป็นโรคในกลุ่ม mood disorders (F30-39) ส่วนที่เหลือได้รับการวินิจฉัยหลักอื่นๆ (ตารางที่ 2) สำหรับโรคในกลุ่ม mood disorders แบ่งเป็น bipolar disorders ร้อยละ 17.6 major depressive disorder ร้อยละ 10.7 dysthymia ร้อยละ 1 และ cyclothymia ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** การวินิจฉัยหลัก (principal diagnosis) จำแนกตาม ICD-10

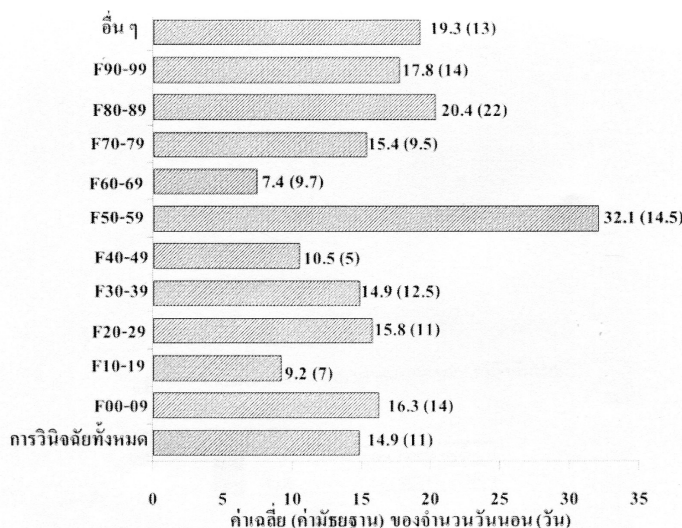
วินิจฉัยหลัก	จำนวนครั้งที่นอนรพ. (ทั้งหมด 825 ครั้ง)	ร้อยละ
F00-F09 Organic, including symptomatic, mental disorders	75	9.1
F10-F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	58	7.0
F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	254	30.8
F30-F39 Mood (affective) disorders	246	29.8
F300-F319 Bipolar affective disorder	145	17.6
F320-F339 Major depressive disorder	88	10.7
F340 Cyclothymic disorder	3	0.4
F341 Dysthymic disorder	8	1.0
F348-F349, F38-F39 other mood disorders	2	0.2
F40-F48 Neurotic, stress-related and somatoform disorders	62	7.5
F50-F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	10	1.2
F60-F69 Disorders of adult personality and behavior	30	3.6
F70-F79 Mental retardation	8	1.0
F80-F89 Disorders of psychological development	7	0.8
F90-F98 Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	14	1.7
การวินิจฉัยอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรค F00-F98	61	7.4

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (length of stay) ในการรับผู้ป่วย 825 ครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่ามัธยฐาน) ของจำนวนวันนอน คือ 14.9±15.1 (11) วัน การเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งส่วนใหญ่มีจำนวนวันนอนน้อยกว่า 15 วัน 535 ครั้ง (ร้อยละ 64.8) รองลงมา มีจำนวนวันนอนระหว่าง 15 ถึง 30 วัน 192 ครั้ง (ร้อยละ 23.3) และมากกว่า 30 วัน 98 ครั้ง (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ

พบว่าค่าเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่ามัธยฐาน) ของจำนวนวันนอนในผู้ป่วยชาย [15.8 ±14.0 (13) วัน] มากกว่าผู้ป่วยหญิง [14.2 ±15.8 (9) วัน] (Mann-whitney U=71914.5 z=-3.4, p=0.001) และค่าเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่ามัธยฐาน) ของจำนวนวันนอนในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) [20.4±19.4 (14) วัน] และผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 18 ปี) [17.7±14.9 (13) วัน] มากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) [13.7±14.1 (10) วัน] (chi-square=21.4 df=2, p<0.001)

นอกจากนี้พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของแต่ละกลุ่มโรค (รูปที่ 1) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (chi-square 58.5 df=10 p<0.001) โดย

โรคในกลุ่ม behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-F59) ซึ่งมีผู้ป่วย 9 ราย มีจำนวนวันนอนสูงสุด 32.1±40.9 (5) วัน [วินิจฉัย anorexia nervosa (F 500) 6 ราย มีจำนวนวันนอน 42.1±45.9 (26) วัน วินิจฉัย abuse of unspecified substance (F559) 1 ราย มีจำนวนวันนอน 5 วัน วินิจฉัย nonorganic insomnia (F510) 1 ราย มีจำนวนวันนอน 12 วัน และวินิจฉัย psychological and behavioral factors associated with disorders or diseases classified elsewhere (F54) 1 ราย มีจำนวนวันนอน 9 วัน] รองลงมาคือ โรคในกลุ่ม disorder of psychological development (F80-F89) ซึ่งมีผู้ป่วย 5 ราย มีจำนวนวันนอน 20.4±13.8 วัน [วินิจฉัย childhood autism (F 840) 2 ราย มีจำนวนวันนอน 19±9.8 (22) วัน วินิจฉัย atypical autism (F841) 2 ราย มีจำนวนวันนอน 6.5±4.9 (6.5) วัน วินิจฉัย Asperger syndrome (F845) 1 ราย มีจำนวนวันนอน 35 วัน และวินิจฉัย pervasive developmental disorder, unspecified (F849) 1 ราย มีจำนวนวันนอน 38 วัน



รูปที่ 1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลแยกตามการวินิจฉัยโรค



### การนอนโรงพยาบาลซ้ำ

ในการรับผู้ป่วย 825 ครั้ง พบว่าเป็นการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 25 ครั้ง (ร้อยละ 3) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปตามตารางที่ 1 ระหว่างกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลซ้ำกับกลุ่มที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาลซ้ำ ไม่แตกต่างกัน และพบว่าโรคในกลุ่ม mood disorders (F30-39) มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุดอยู่ที่ 10 ครั้ง (ร้อยละ 1.2) โดยแบ่งเป็น bipolar disorder 6 ครั้ง (ร้อยละ 0.7) major depressive disorder 3 ครั้ง (ร้อยละ 0.4) และ other mood disorder 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.1) รองลงมาคือโรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) 8 ครั้ง (ร้อยละ 0.9) โรคในกลุ่ม organic, including symptomatic, mental disorders (F00-F09) และโรคในกลุ่ม disorders of adult personality and behavior (F60-F69) พบเท่ากันคือ 3 ครั้ง (ร้อยละ 0.4) และโรคในกลุ่ม neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F48) 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.1) ตามลำดับ

นอกจากนี้พบว่าค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่ามัธยฐาน) ของจำนวนวันนอนในกลุ่มที่เป็นการนอนโรงพยาบาลซ้ำและกลุ่มที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาลซ้ำ คือ  $15.1 \pm 13.4$  (10) วัน และ  $14.9 \pm 15.1$  (11) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน (Mann-whitney U=9437.0, Z=-0.5, p=0.631)

### วิจารณ์

#### 1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี (ร้อยละ 77) ซึ่งสอดคล้องกับการบริการกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เป็นหลัก โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยหญิง 10 เตียงและชาย 9 เตียง ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโสด

(ร้อยละ 56.6) ว่างงาน (ร้อยละ 41.2) แสดงถึงการขาด supporting system และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>4, 5</sup> ส่วนเรื่องสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ชำระเงินเอง (ร้อยละ 41.5) มากที่สุด รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 27.3) อาจสะท้อนภาพผู้มารับบริการส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรามาธิบดีว่าเป็นผู้ป่วยที่มาขอรับบริการโดยตรงที่ไม่ผ่านขั้นตอนของการใช้สิทธิการรักษาต่างๆ เช่น ประกันสุขภาพ หรือประกันสังคมตามระบบปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากแผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 50.8) และแผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ 39.5) และข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดในการรับไว้โรงพยาบาลคือรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 40.5)

#### 2. ความชุกของโรค

สำหรับความชุกของโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยสองอันดับแรกคือ กลุ่ม schizophrenia, schizotypal, และ delusional disorder (F 20-29) (ร้อยละ 30.8) และกลุ่ม mood disorders (F30-39) (ร้อยละ 29.8) ตามลำดับ โดยความชุกของโรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal, และ delusional disorder ไม่แตกต่างจากผลการศึกษาของอิสรา รัชกุล (ร้อยละ 28.6) ที่ศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในทหารที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า<sup>1</sup> อาจอธิบายได้จากลักษณะหอผู้ป่วยทั้งสองแห่งให้บริการผู้ป่วยคล้ายกันและมีที่ตั้งใกล้เคียงกัน นอกจากนี้มีการศึกษาสนับสนุนว่าไม่พบความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างผู้ป่วยที่เป็นทหารกับพลเรือน<sup>6-8</sup> แต่ความชุกของโรคในกลุ่มนี้สูงกว่าผลการศึกษาของจุฑามาส โกสิยกุล (ร้อยละ 15.3) ที่ศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์<sup>2</sup> อาจเป็นเพราะมีการคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทออกก่อนการบวช

และผู้ป่วยที่พบอาจเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงตอนอายุมาก และความชุกของโรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal, และ delusional disorder จากการศึกษานี้สูงกว่าผลการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติในปี พ.ศ. 2546 (ร้อยละ 1.8)<sup>9</sup> เนื่องจากเป็นการสำรวจในประชากรทั่วไปที่อยู่ในชุมชน และเป็นความชุก 1 เดือนของโรคจิตโดยรวมไม่ได้แยกว่าเป็นโรคจิตชนิดใด ความชุกของโรคทางจิตเวชที่พบรองลงมาเป็นอันดับสอง คือ โรคในกลุ่ม mood disorders (F30-39) ร้อยละ 29.8 (bipolar disorder ร้อยละ 17.6 major depressive disorder ร้อยละ 10.7 dysthymia ร้อยละ 1 cyclothymia ร้อยละ 0.4) ซึ่งสูงกว่าความชุกของโรคในกลุ่ม mood disorders ที่พบในการศึกษาของอิศรารักษ์กุล (ร้อยละ 13.6)<sup>1</sup> และจุฑามาศ โกสิยกุล (ร้อยละ 14.7)<sup>2</sup> อาจเป็นเพราะความแตกต่างของลักษณะกลุ่มประชากรที่เป็นพลเรือน ทหาร และพระสงฆ์

### 3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย คือ 14.9 วัน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของแต่ละกลุ่มโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (รูปที่ 2) โรคในกลุ่ม behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-59) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงสุด คือ 32.1 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น anorexia nervosa (F50.0) ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลค่อนข้างยาว (มากกว่า 30 วัน)<sup>10, 11</sup> เนื่องจากในขั้นตอนการรักษาต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น ช่วยให้น้ำหนักตัวเพิ่ม รวมทั้งต้องให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผลจากการศึกษานี้ อาจนำไปใช้ในการกำหนดจำนวนวันนอนของแต่ละโรคให้เหมาะสม เพื่อเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยในอนาคต

### 4. การนอนโรงพยาบาลซ้ำ

พบว่ามีการนอนโรงพยาบาลซ้ำทั้งหมดร้อยละ 3 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกลุ่ม mood disorders (F30-39) มากที่สุด (ร้อยละ 1.2) รองลงมาคือโรคกลุ่ม schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) (ร้อยละ 8) เมื่อวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลซ้ำและกลุ่มที่ไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุน้อย ขาด supporting system ที่ดีและว่างงาน<sup>12</sup> ความรุนแรงของโรค<sup>13</sup> ผู้ป่วยยังเหลืออาการบางส่วนอยู่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>14-16</sup> เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลหลายครั้งมาก่อน<sup>16</sup> ซึ่งในอนาคตอาจศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลซ้ำของแต่ละโรค เพื่อนำไปสู่การวางแผนลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งถูกบันทึกโดยแพทย์หลายคน ข้อมูลที่ได้อาจมีความหลากหลายและแตกต่างกันขึ้นกับความเห็นของผู้บันทึกเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอาจเปลี่ยนแปลงได้หลังจากติดตามผู้ป่วยและได้ข้อมูลจากผู้ป่วยมากขึ้น เช่นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depressive disorder เมื่อติดตามอาการไประยะหนึ่งอาจได้เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น bipolar disorder เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความชุกของโรคที่แท้จริง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความเห็นว่างานวิจัยนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เพื่อพัฒนาการบริการของหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติในอนาคต



## สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าความชุกของโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยจิตเวช ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ที่พบบ่อย คือ โรคในกลุ่ม schizophrenia, schizotypal, และ delusional disorder (F 20-29) และกลุ่ม mood disorder (F30-39) และแต่ละโรคมีความแตกต่างของจำนวนวันนอนที่แตกต่างกัน และโรคที่พบว่ามีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงที่สุด คือ กลุ่ม mood disorder (F30-39) สำหรับการศึกษาในอนาคตอาจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของโรคแต่ละโรคซึ่งอาจจะมีผลแตกต่างกัน เพื่อความเข้าใจและการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และคุณภัทรพร วิสาจันทร์ นักปฏิบัติกรวิจัยที่ช่วยเหลือเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## เอกสารอ้างอิง

1. Rukskul I. The prevalence of common mental disorders among inpatient Thai army personnel. J Med Assoc Thai 2010; 93:S6-S12.
2. Kosiyakul J. Epidemiology of psychiatric disorder in Priest hospital in 2003-2007. J Med Assoc Thai 2008; 91:S37-S40.
3. Suparatpinyo S, Pajanasoontorn N. Psychiatric problem in Geriatric outpatient at Srinagarind hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1991;36:11-20.
4. Muntaner C, Eaton W, Diala C, Kessler R, Sorlie P. Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. Soc Sci Med 1998; 47:2043-53.
5. Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and major mental disorders. Epidemiol Rev 2004; 26:53-62.
6. Gunderson EE, Hourani LL. The epidemiology of mental disorders in the US navy: the psychoses. Mil Psychol 2001; 13:99-116.
7. Ripley HS, Wolf S. Long-term study of combat area schizophrenic reactions preliminary report. Am J Psychiatry 1951; 108:409-16.
8. Hitschman M, Yarrell Z. Psychoses occurring in soldiers during the training period. Am J Psychiatry. 1943; 100:301-5.
9. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaian S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003. Journal of the Mental Health of Thailand 2004; 12:177-85.
10. Treat TA, Gaskill JA, McCabe EB, Ghinassi FA, Luczak AD, Marcus MD. Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. Int J Eating Disorders. 2005; 38:123-33.
11. Lievers LS, Wallier J, Perdereau F, Rein Z. Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009; 18:75-84.

12. Øiesvold T, Saarento O, Sytema S, Vinding H, Göstas G, Lönnnerberg O, et al. Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 101:367-73.
13. Kessing LV, Andersen PK, Mortensen P, Bolwig TG. Recurrence in affective disorder. I. Case register study. *Br J Psychiatry* 1998; 172:23-8.
14. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998; 50:97-108.
15. Swett C. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission. *Psych Serv* 1995; 46:482-5.
16. Mortensen PB, Eaton W. Predictors for readmission risk in schizophrenia. *Psychol Med* 1994; 24:223-32.